



N°...../CNMSS Date de la visite : ...../...../.....

## CERTIFICAT MEDICAL

### D'inaptitude à la pratique de sport en compétition

Concerne Mr / M<sup>lle</sup> / Mme :.....

Né(e) le ..... titulaire de (CIN / Licence / Passeport)

n° ..... délivrée le ...../...../..... à .....

pratiquant la discipline sportive : ..... Est :

Inapte définitif

Inapte temporaire

..... à partir du ...../...../.....

délivré le ...../...../.....

Cachet et Signature du Médecin examinateur